

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 63

DES
PLAIES TRAUMATIQUES DE LA VULVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

André-Marie-Joseph-Gomer CONSTANS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 3 février 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 63

DES
PLAIES TRAUMATIQUES DE LA VULVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

André-Marie-Joseph-Gomer CONSTANS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 3 février 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.	
		CHARRIER, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... N	Zoologie et parasitologie..... MANDOU
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... MAURIAC
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Maladies mentales..... PERRENS.
id..... DUFOUR.	Chirurgie générale..... PAPIN.
Histologie..... LACOSTE.	id..... JEANNENEY.
Anatomie pathologique..... MURATET.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... N.	id..... N.
id..... AUBERTIN.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Pharmacie..... GOLSE.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. N.
Accouchements..... N.	Pharmacie chimique..... GOLSE.
Ophtalmologie..... CABANNES.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE CAPITAINE LOUIS CONSTANS

Mort au champ d'honneur.

A MA MERE

Afin qu'elle trouve ici l'expression de
toute mon affection et de ma reconnais-
sance infinie.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR ADRIEN CONSTANS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne-de-Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Vous avez bien voulu nous témoigner
une marque de votre confiance en nous
faisant l'honneur d'être notre président
de thèse et l'instigateur de ce travail.
Veuillez croire en notre profonde grati-
tude et en notre très respectueuse recon-
naissance.



DES PLAIES TRAUMATIQUES DE LA VULVE

INTRODUCTION

C'est à propos d'un cas de traumatisme vulvaire observé à l'Hôpital Boursier, que M. le Professeur Guyot eut l'extrême obligeance de nous donner ce sujet de thèse.

Avant d'entrer dans les détails de notre sujet, nous tenons à lui exprimer notre respectueuse reconnaissance et à le remercier de sa bienveillante attention et de son inlassable indulgence à notre égard.

Dans ce travail, nous allons essayer de décrire les solutions de continuité créées au niveau de la région génitale externe de la femme par des agents vulnérants extérieurs.

Le plan de notre étude sera le suivant :

Anatomie descriptive de la région vulvaire.

Etiologie et anatomie pathologique des lésions observées.

Symptomatologie.

Diagnostic.

Pronostic et complications.

Traitement.

Observations.

Conclusions.

Bibliographie.

ANATOMIE

Avant d'étudier la pathologie des plaies de la vulve, nous allons rappeler brièvement quelques données anatomiques :

La vulve est un terme général servant à désigner l'ensemble des organes génitaux externes de la femme.

C'est une saillie ovoïde à grand axe antéro-postérieur qui confine en avant à la paroi antérieure de l'abdomen, en arrière au périnée, latéralement à la face interne des cuisses.

Elle comprend les parties suivantes :

- 1° Des formations labiales;
- 2° L'espace interlabial;
- 3° Un appareil érectile.

1° *Les formations labiales* sont : le pénil, les grandes lèvres, les petites lèvres.

Le pénil est une saillie arrondie située à la partie antérieure de la vulve, au-devant de la symphyse pubienne.

Les artères du pénil viennent des honteuses externes, branches de la fémorale.

Les veines se jettent ou dans la saphène interne ou dans la fémorale.

Les lymphatiques se rendent aux ganglions superficiels de l'aîne.

Les nerfs émanent des branches génitales du plexus lombaire.

Les grandes lèvres sont deux replis cutanés situés en arrière du mont de Vénus; elles sont vascularisées :

par des artères provenant des honteuses externes, branches de la fémorale, et de l'artère périnéale inférieure, branche de la honteuse interne;

par des veines, les unes superficielles, se rendant à la fémorale et à la honteuse interne, les autres, profondes, se jetant dans le plexus vaginal;

par des lymphatiques allant aux ganglions superficiels de l'aîne.

Les nerfs émanent de la branche périnéale du honteux interne et des branches génitales du plexus lombaire.

Les petites lèvres sont deux replis cutanés situés au dedans des grandes lèvres et présentant la même vascularisation et la même innervation que ces dernières.

Leurs extrémités inférieures peuvent se rejoindre sur la ligne médiane et former la fosse naviculaire.

2° *L'espace interlabial* se trouve entre les formations labiales décrites ci-dessus; c'est l'orifice d'entrée des voies génitales. Lorsque les formations labiales ont été fortement écartées, il revêt la forme d'un large entonnoir dont le fond nous présente successivement, en allant d'avant en arrière :

Le vestibule;

Le méat urinaire;

L'orifice inférieur du vagin, rétréci par l'hymen.

Le vestibule est une région triangulaire limitée à droite et à gauche par les petites lèvres, en avant par le clitoris, en arrière par le méat urinaire et l'orifice inférieur du vagin. Au-dessus d'elle se trouvent deux formations érectiles : le bulbe et le clitoris.

Le méat urinaire occupe la ligne médiane; il est situé immédiatement en arrière du vestibule et au-dessus du tubercule vaginal.

L'orifice inférieur du vagin est celui par lequel le vagin s'ouvre dans le canal vulvaire; l'aspect extérieur de cet orifice diffère suivant qu'on l'examine chez la femme vierge ou chez la femme déflorée. Cette différence est due aux variations morphologiques de l'hymen, cloison incomplète qui se dresse à la limite respective des deux conduits vaginal et vulvaire.

3° *Un appareil érectile*, qui comprend :

Un organe médian : le clitoris;

Deux organes latéraux : les bulbes du vagin.

Le clitoris est un organe érectile impair et médian situé à la partie supérieure et antérieure de la vulve. Il prend naissance par deux moitiés latérales, appelées racines, fixées par leur bord supérieur à la lèvre antérieure des branches ischio-pubiennes. Ces racines, obliquement ascendantes, convergent l'une vers l'autre, arrivent en contact et s'adossent sur la ligne médiane pour former le corps du clitoris.

Les artères du clitoris sont au nombre de quatre, deux de chaque côté; elles proviennent des branches terminales de la honteuse interne : ce sont les artères caverneuses et les artères dorsales du clitoris.

Dans le réseau veineux clitoridien, on distingue quatre groupes :

1° Les veines supérieures, les unes superficielles, qui aboutissent à la veine dorsale superficielle, laquelle aboutit à la saphène interne, les autres profondes, qui se rendent à la veine dorsale profonde, qui se rend au plexus de Santorini.

2° Les veines inférieures descendent dans le plexus veineux intermédiaire de Kobelt, situé entre le clitoris et le bulbe du vagin.

3° Les veines antérieures se rendent soit aux veines dorsales, soit au plexus intermédiaire de Kobelt.

4° Les veines postérieures se rendent en partie aux veines bulbeuses, en partie au plexus de Santorini.

Les lymphatiques du clitoris forment deux réseaux :

Les uns, superficiels, aboutissent au groupe inféro-interne des ganglions de l'aîne;

Les autres, profonds, forment un réseau présymphysien, d'où partent deux ordres de troncs : des troncs cruraux et un tronc inguinal.

Les nerfs émanent du honteux interne.

Les bulbes du vagin, au nombre de deux, l'un droit, l'autre

gauche, sont des formations érectiles développées sur les parties latérales de l'urètre et du vagin.

Le bulbe vaginal reçoit une artère bulbeuse, branche de la honteuse interne. Les veines bulbaires se disposent en deux réseaux, l'un superficiel, l'autre profond, communiquant largement avec les réseaux du voisinage, réseaux des grandes et des petites lèvres, réseau clitoridien, réseau vaginal, et se condensant ordinairement en cinq ou six troncs, qui se rendent à la veine honteuse interne après avoir perforé l'aponévrose périnéale moyenne.

Les lymphatiques du bulbe ne sont pas connus.

Les nerfs arrivent au bulbe par l'artère bulbeuse et sont remarquables par leur ténuité.

De cette brève étude d'anatomie, retenons deux faits :

- La richesse de vascularisation de la région vulvaire;
- Les multiples communications de son réseau veineux avec les plexus avoisinants : plexus vaginal, plexus vésical de Santorini.

Dans l'étude clinique de notre sujet, ses dispositions anatomiques nous expliqueront :

- L'importance que présente souvent l'hémorragie consécutive à une plaie de la vulve;
 - Les complications inflammatoires ou septiques qui peuvent apparaître après un traumatisme vulvaire.
-

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les plaies traumatiques de la vulve peuvent se diviser en deux classes principales :

- 1° Celles consécutives à des traumatismes divers;
- 2° Celles qui se produisent au cours de la copulation.

I. — TRAUMATISMES DIVERS.

On a observé des plaies de la vulve à la suite de traumatismes très variés :

Descomps et Romain, dans leurs thèses, citent des plaies contuses à la suite de coup de pied ou de coup de corne de bétail sur la région génitale externe.

Mais au point de vue pathogénique, la plaie la plus intéressante est celle qui survient après une chute à califourchon sur la vulve. La chute peut se faire sur des objets étroits, pointus ou coupants, tels que : échelas de vigne, fourche, sur un vase de nuit brisé ou des objets mous, sur une rampe, sur le bord d'une planche, le dossier d'une chaise, le brancard d'une voiture, le bord d'un baquet, d'une baignoire. Dans tous ces cas, suivant le mode d'action du traumatisme, il peut y avoir : ou contusion sans plaie ou bien plaie contuse de dehors en dedans ou de dedans en dehors, la branche descendante du pubis venant alors sectionner les tissus érectiles et la peau sur l'objet contondant.

Ce mécanisme est fort simple : il est nécessaire que l'objet contondant soit *étroit* : il refoule facilement les parties molles et, faisant marteau, il vient appliquer le bulbe de la vulve (appelé à tort bulbe du vagin) contre la branche du pubis, l'enclume.

Si le corps contondant est volumineux, il agit alors par fracture du bassin.

L'hémorragie provoquée par ces différents traumatismes, se produit au-dessous du plancher périnéal, dans la région vulvaire proprement dite. La topographie vasculaire explique cette localisation. Au-dessous du plancher pelvien nous trouvons des vaisseaux artériels et surtout des veines, très nombreuses, très volumineuses, très irribles et dépourvues de valvules. Les veines des grandes et des petites lèvres, qui se rendent vers la honteuse externe et la honteuse interne, sont peu importantes, mais le bulbe de la vulve, composé d'un tissu caverneux bien limité, bien encapsulé, est en rapport, en haut et en dehors, avec les branches ischio-pubiennes et la racine des corps caverneux, en bas et en dedans, avec la partie caronculaire ou hyménale de la vulve. Ce bulbe donne naissance à deux énormes plexus, l'un ascendant vers le clitoris et communiquant avec les veines du bulbe opposé, l'autre descendant, formant une queue au bulbe et allant se jeter dans la honteuse interne.

L'ensemble représente un énorme système spongieux tout préparé pour une rupture : c'est le bulbe du vagin et ses gros plexus, qui, par leur volume considérable et leur rapport avec la branche ischio-pubienne, sont à l'origine des hémorragies. Pris entre le corps vulnérant et la branche ischio-pubienne, ils sont écrasés, sectionnés, sur cette arête osseuse qui tranche la peau de la vulve par le mécanisme des plaies contuses de dedans en dehors.

II. — COPULATION.

Les plaies de la vulve par coït, défloration, viol, constituent des faits assez rares : la littérature médicale les compte. Cependant, si les traumatismes légers que déterminent les premiers rapports sexuels sont nombreux, passent inaperçus ou n'inquiètent pas les jeunes ménages, novices et timides, les traumatismes graves présentent une physionomie clinique souvent dramatique, impressionnante à tel point que les femmes semblent en danger de mort immédiate.

La similitude des lésions de la vulve provoquées *sub coïtu* fait penser qu'elles ont dû avoir une cause prédisposante commune : la forme de l'hymen, la petitesse de l'orifice hyménéal et la résistance de cette membrane. Mais à cette cause prédisposante s'ajoutent d'autres causes qui deviennent déterminantes : il paraît indéniable que l'inexpérience de la femme joue un rôle important : il s'agit presque toujours de filles vierges. D'autre part, l'anomalie masculine par les dimensions exagérées de l'organe mâle, est à retenir. Enfin, interviennent les conditions de l'acte sexuel : la violence, la brutalité qui l'accompagnent, la position des couples. Nous n'insisterons pas davantage.

Les lésions observées peuvent se ranger en trois groupes :

1° *La déchirure hyménale* est la lésion la plus banale, presque normale ; dans la règle, la défloration s'accompagne d'une déchirure de l'hymen, d'aspect variable selon la morphologie de l'hymen.

2° *La désinsertion de l'hymen* constitue une seconde variété des traumatismes génitaux ; sa fréquence est d'environ 6 p. 100 par rapport à l'ensemble de ces traumatismes. La désinsertion est rarement totale, le plus souvent elle est incomplète. Si elle est latérale, l'hymen reste fixé à l'orifice du vagin par un petit bout de tissu adhérent. Médiane, le pédicule est sous-urétral, l'hymen pend au-devant de l'orifice comme une membrane flottante.

3° *Les fausses routes juxta-hyménales* constituent le groupe le plus important des plaies de la vulve *sub coïtu*.

Il en est de peu fréquentes : ce sont les fausses routes vers les grandes et les petites lèvres, vers la région interclitoridoméatique dans la zone sus-urétrale, dans le méat urétral.

Dans la règle, le point de départ des fausses routes juxta-hyménales siège au niveau de la fosse naviculaire, qui, très fragile, se laisse effondrer ; de ce point de départ, la déchirure se propage et s'étend soit en bas vers le périnée, soit en haut vers l'hymen. Et ainsi à la lésion primitive s'ajoutent d'autres lésions de propagation plus ou moins importantes.

Les rapports anatomiques laissent entrevoir les résultats de pareilles effractions : la fosse naviculaire répond à la cloison recto-vaginale, sa déchirure va se propager dans cette cloison, ouvrant la voie à des fausses routes dont la diversité répond à différents types :

Un premier type correspond au dédoublement de la cloison recto-vaginale qui ne peut être qu'amorcé et passer inaperçu, ou qui se poursuit sur une profondeur qui peut atteindre plusieurs centimètres.

Un deuxième type correspond au dédoublement de la cloison recto-vaginale avec perforation du vagin : il se produit alors un canal traumatique, une fistule vulvo-vaginale, faisant communiquer le vagin et la vulve sous un hymen resté intact. Pareille lésion est tout à fait exceptionnelle.

Un troisième type correspond aux déchirures du périnée avec ou sans perforation du rectum ; les déchirures du périnée fréquemment signalées entrent dans la proportion de 20 p. 100 dans l'ensemble des traumatismes des voies génitales.

Un dernier type de ces déchirures périnéales pourrait être appelé postopératoire ; elles sont redevables de la reprise prématurée des rapports sexuels après une opération de périnéorraphie.

SYMPTOMATOLOGIE

Des données anatomiques, d'une part, et, d'autre part, la description anatomo-pathologique des lésions observées au cours des traumatismes de la vulve nous ont déjà fait pressentir le grand symptôme objectif— et le plus souvent le seul — des plaies génitales : nous voulons parler de l'hémorragie.

C'est le plus souvent auprès de jeunes femmes, présentant tous les signes d'une hémorragie grave, exsangues, ayant des syncopes, et baignant dans un lit inondé de sang, que les médecins ont été appelés.

L'hémorragie est donc le grand symptôme de ces traumatismes. Parfois rapidement mortelle dans la puerpéralité, elle l'est rarement quand l'utérus est vide. D'ailleurs, comme ce sont surtout des veines qui saignent, il se forme promptement un caillot, sauf dans les cas où une cause générale, lésion ancienne des poumons, du cœur ou des reins, ou un état pathologique du sang tel que l'hémophilie, s'opposent à cette coagulation.

Cette hémorragie s'accompagne de frissons, de syncopes qui, du reste contribuent souvent à enrayer la perte de sang. Mais lorsque celle-ci est abondante, elle s'accompagne des symptômes généraux d'une anémie aiguë : le visage est pâle et couvert de sueur, les lèvres et les conjonctives sont décolorées, le regard éteint, la voix cassée; le pouls s'accélère et s'affaiblit. La respiration est courte, superficielle, précipitée; le nez et les extrémités sont froides. La blessée présente, parfois, de l'agitation : elle se plaint de manquer d'air, d'avoir des vertiges; elle montre des tendances croissantes à la syncope qui sont dues à l'anémie cérébrale et qui s'accroissent lorsque la ma-

lade se lève ou n'est point placée tête basse, en position de Nélaton.

Le second signe des plaies traumatiques de la vulve est un signe subjectif : c'est la douleur. Elle traduit la déchirure. Elle est extrêmement vive et donne à la malade une sensation de déchirement, d'avivement cuisant. Elle ne manque pour ainsi dire jamais; à elle seule elle peut déterminer un état syncopal. Parfois, dans les traumatismes vulvaires *sub coïtu*, elle s'accompagne de cette sensation curieuse qu'ont les femmes d'un « mauvais chemin » pris par l'homme. Lorsqu'il s'agit d'une nullipare, cette douleur éveille nécessairement l'attention, mais, s'il s'agit d'une vierge, la douleur liée à la plaie peut se confondre avec celle qui, d'ordinaire, accompagne la défloration, partant, elle peut ne pas être rapportée à sa véritable cause.

Tels sont les deux signes cardinaux des plaies traumatiques de la vulve. Mais dans les déchirures du périnée avec perforation du rectum, se surajoute un symptôme qui, par lui seul, signale l'existence d'un trajet anormal : c'est l'issue par la vulve des matières et des gaz.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, soupçonné par ces deux symptômes: douleur et hémorragie, sera, de toute façon, complété et confirmé par un examen au spéculum.

Les malades devront parfois être endormies par suite des douleurs qui rendent pénible l'introduction du spéculum.

Cet examen nous permettra de préciser le siège de l'hémorragie et l'étendue des lésions anatomiques que nous avons déjà décrites.

De plus l'interrogatoire de la malade ou de son entourage révélera au médecin les conditions dans lesquelles est survenu le traumatisme, et confirmera son diagnostic.

Cependant, le diagnostic peut être difficile: il faut admettre que, dans un certain nombre de cas, impossibles à déterminer, l'hémostase se fait spontanément; dès lors, rien ne vient divulguer ces plaies, qui peuvent se cicatriser et se réparer régulièrement en dehors de tout acte chirurgical.

Nous citerons, à la fin de notre étude, une observation recueillie par Aigret et publiée dans la *Gynécologie* (1903, t. VIII), où la malade, porteuse d'un dédoublement de la cloison recto-vaginale, ne présentait pas d'hémorragie; c'est en prenant la température vaginale qu'on vit sourdre une petite quantité de pus mêlé à de la sérosité sanguinolente.

Dans un autre cas cité par Neugebauer, la malade présentant la même lésion, et un toucher vaginal un peu hâtif avait tout d'abord laissé croire à l'examen d'un vagin double.

Mais, dans l'immense majorité des cas, les symptômes observés, les anamnestiques, et l'examen au spéculum imposent le diagnostic.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Deux facteurs entrent en cause dans l'évaluation pronostique des plaies traumatiques de la vulve : ce sont l'importance de l'hémorragie et l'infection des lésions observées.

L'importance de l'hémorragie est à la base du pronostic immédiat : nous savons que les téguments sont parfois déchirés de dehors en dedans par le corps vulnérant, ou qu'ils le sont de dedans en dehors par la branche ischiopubienne sur le plan de l'agent contondant : dans tous ces cas, l'hémorragie peut être considérable, elle peut être à répétition et aller jusqu'à la syncope et l'anémie aiguë, constituant ainsi les complications immédiates des plaies traumatiques de la vulve. Lejars, dans sa *Chirurgie d'urgence*, rappelle qu'il a vu mourir d'anémie aiguë une jeune femme qui avait eu lors des premiers rapports sexuels une rupture de l'hymen et de la petite lèvre.

L'intensité de la perte sanguine peut être fâcheusement influencée par l'état antérieur de la malade : la congestion de tout le système génital d'une femme enceinte, un état pathologique du sang comme l'hémophilie, ou l'existence antérieure de varices vulvaires ne facilitent que trop l'issue sanguine et aggravent le pronostic.

Si l'importance de l'hémorragie nous permet de porter un jugement immédiat sur l'état d'une malade, la possibilité d'une infection secondaire doit nous faire réserver notre pronostic pour les jours suivant le traumatisme. La septicité de l'agent vulnérant peut être à la base des lésions observées, mais cette infection peut provenir aussi de la malade elle-

même, par exemple dans les cas de déchirure du périnée avec perforation du rectum.

Cette infection peut être localisée et n'occuper que l'étendue des lésions observées : les phénomènes inflammatoires observés céderont rapidement devant l'application d'un traitement anti-infectieux. Cependant on peut parfois observer une gangrène de la vulve qui peut s'étendre jusqu'à la région fessière et mettre à nu les muscles profonds : sphincters de l'anus, ischio-caverneux, transverse du périnée, constricteurs, releveurs de l'anus.

L'infection généralisée de l'organisme est rare; elle est réalisée par la décharge, dans le torrent circulatoire, d'embolies microbiennes qui créent des accidents septicémiques de la plus haute gravité : l'organisme est sidéré par les toxines microbiennes. A cette phase septicémique peut succéder une phase pyohémique caractérisée par la formation de foyers purulents à distance. La localisation de ces foyers est diverse : phlébite de la veine fémorale, phlébite pelvienne, infection du paramètre, embolie, infarctus pulmonaire, abcès hépatiques multiples, péritonite de voisinage, etc.

Dans tous ces cas la lésion génitale passe au second plan, les complications dominent la scène et sont irréparables : en présence de lésions inflammatoires à distance, la thérapeutique est désarmée.

Enfin, nous pouvons parfois observer, après la guérison des plaies de la vulve, quelques séquelles telles que brides cicatricielles, persistance d'une fistulette après perforation du rectum. Chaleix a fait remarquer, dans sa thèse inaugurale, la persistance, après traumatisme sexuel, de phénomènes douloureux réflexes comme le vaginisme et la cystalgie. Haliday Groom a signalé comme phénomène réflexe l'impossibilité d'uriner.

TRAITEMENT

Le traitement des plaies traumatiques de la vulve relève d'une triple indication :

- Arrêter l'hémorragie;
- Réunir les lèvres de la plaie;
- Assurer l'antisepsie de la région.

La plaie une fois découverte, il faut en étaler les bords, en détacher les caillots et arrêter l'hémorragie. Plusieurs moyens sont à notre disposition pour assurer promptement l'hémostase :

La compression antiseptique, par tamponnement intra et extravaginal avec des mèches, semble être le meilleur procédé d'hémostase; mais cette compression, pour être permanente et efficace, nécessite le rapprochement des cuisses et la mise à demeure d'une sonde ou le cathétérisme intermittent. Le tamponnement bien serré suffit parfois à arrêter l'hémorragie.

Farabeuf nous a indiqué un moyen tout anatomique d'arriver au même résultat. Il est basé sur ce fait que l'artère honteuse interne, qui alimente tous les plexus, passe à la face interne de la branche ischio-pubienne et est accessible par le vagin. Il en résulte qu'il suffit de comprimer avec le doigt ou avec une pince — dont l'un des mors est large et plan — la face interne du bord de la branche ischiopubienne pour effacer complètement la lumière de ce vaisseau. Mais la forci-pression est souvent inefficace et de plus ne peut être tolérée à cause de l'exquise sensibilité des tissus. Ce moyen serait plutôt appréciable comme hémostase préventive dans les opérations sur la région que comme hémostase provisoire dans les hémorragies résultant d'un traumatisme. Toutefois, dans

des cas particulièrement graves et rebelles, il ne faudrait pas hésiter à y avoir recours.

Si l'hémorragie résiste au tamponnement, il faut alors la juguler radicalement par la ligature des vaisseaux lésés.

La réunion *per primum* des lèvres de la plaie sera obtenue par la pose de points de suture avec des crins, si toutefois leur ablation ultérieure est facile; sinon, il sera préférable d'employer la suture au catgut resorbable. Avant la suture, la plaie aura été soigneusement détergée grâce à un liquide antiseptique.

L'acte chirurgical ne s'arrête point après la ligature des vaisseaux et la suture des tissus lésés. Il faut prévenir l'infection secondaire de ces tissus, car le voisinage de l'urètre et de l'anus est un danger constant; aussi est-il nécessaire de laisser en place une sonde ou de pratiquer le cathétérisme intermittent. Une irrigation continue des mèches du tamponnement ou de grands lavages au Dakin assureront l'antisepsie de la région vulvaire.

OBSERVATIONS

Plaies de la vulve par traumatisme.

OBSERVATION I.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur GUYOT).

Mme G..., âgée de 50 ans, sans profession, entre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 4 juin 1930, sur les conseils de son médecin, le docteur Peyre, pour traumatisme vulvaire avec déchirure péritonéale.

Histoire de la maladie. — Mme G... est tombée à califourchon sur un escabeau peu solide dont les débris ont pénétré dans la vulve, causant une déchirure du périnée saignant abondamment. L'interne, M. Mahon, par un tamponnement très serré, fait cesser l'hémorragie, mais l'urètre est comprimé, et la malade ne peut émettre d'urine. — A noter les varices vulvaires de la malade.

Intervention le 4 juin 1930. — A l'examen, on découvre l'urètre que l'on cathétérise : l'urine, claire, s'écoule en abondance. On lie quelques vaisseaux qui saignent. On place une sonde de Petzer, et on termine par un pansement serré du vagin.

Pendant les quatre jours suivant l'intervention, rien de particulier à signaler : on laisse la sonde et on renouvelle fréquemment les mèches antiseptiques. La température ne monte pas à plus de 38°6.

Le huitième jour après l'opération, c'est-à-dire le 12 juin, le pouls est à 94 pulsations à la minute. Le 14 juin, à huit heures et demie, la malade commence à se plaindre de douleurs épigastriques et de sensations d'étouffement.

Elle meurt le 15 juin, à 3 heures du matin, d'une embolie partie de son plexus de Santorini.

OBSERVATION II.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyot).

G... (Clémence), âgée de 23 ans, mécanicienne en chaussures, entre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 26 décembre 1928, pour hématome et petite plaie de la grande lèvre droite, consécutifs à un traumatisme.

Histoire de la maladie. — Le 25 décembre, elle a fait une chute et tombe assise sur l'angle d'une chaise basse. Ce traumatisme du périnée détermine une violente douleur de cette région et un gros hématome de toute la grande lèvre droite, rapidement constitué, et saignant légèrement par une petite fissure. Sur les conseils de son médecin, le Docteur Clavas, elle entre dans le service, le 26 décembre.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans, régulièrement, règles un peu douloureuses; congestion pulmonaire à 21 ans. Deux grossesses menées à bonne fin. La malade serait sujette à des crises qu'elle appelle « nerveuses ».

Antécédents héréditaires : Mère morte bacillaire pulmonaire à 32 ans.

Opération, le 27 décembre 1928, par le Docteur Cueille. — Incision de la grande lèvre, évacuation de l'hématome, curettage du caillot. La grande lèvre est décollée par l'hématome en arrière jusqu'au voisinage du rectum. On place des mèches et un drain. Irrigation continue au Dakin pendant 2 jours, puis grands lavages au Dakin.

Suites opératoires normales. Un prélèvement de la sécrétion de la plaie de la vulve, fait le 21 janvier 1929, ne révèle pas la présence de streptocoques.

La malade sort guérie de l'hôpital, le 31 janvier 1929.

Plaies de la vulve *sub coïtu*.

GROUPE I

(TARDIEU, Les attentats aux mœurs, Paris, 1878.)

Déchirure de l'hymen.

Tardieu cite l'observation d'une femme qui mourut la nuit de ses noces, à la suite d'une hémorragie mortelle par déchirure de l'hymen. La femme appartenait à une famille d'hémophyliques.

Lwow, *Les plaies des organes génitaux féminins consécutives au coït* (*Journal de gynécologie et d'accouchements*, n° 4, 1894 [Russe]).

Lwow est appelé deux heures après le coït d'une jeune mariée. Il trouve une forte hémorragie: Deux déchirures de l'hymen dont l'une saigne peu et l'autre est le siège d'une forte hémorragie artérielle. Ligature de l'artère. Tamponnement. Guérison.

GROUPE II

(CHALEIX, Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Compte rendu dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, t. XXVI, 1896.)

Désinsertion de l'hymen.

Femme de 30 ans, mariée à une homme beaucoup plus jeune qu'elle. Résistance assez marquée à la pénétration, suivie d'une douleur très intense. Aussitôt, hémorragie violente qui n'a point cédé aux lavages froids ou chauds. A l'examen on constate qu'un peu de sang s'écoule du vagin, mais qu'il en vient surtout de l'orifice vulvaire, où il sort de plusieurs points en nappe, et en un point isolé, par un petit jet artériel. L'hymen, épais et résistant, demeuré

intact, a été désinséré, arraché de sa base à sa partie inférieure. Il flotte au-dessus de la commissure postérieure de la vulve, comme une sorte de lambeau épais et saignant. Grande injection chaude. Pincement et torsion de l'artériole saignante, compression à la gaze iodoformée de la paroi postérieure du vagin et du lambeau hyménéal. Hémostase.

(JEANNIN, Sur une forme rare de déchirure vulvaire, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1910, XIII.)

Il s'agit d'une VII-pare, chez laquelle on constate l'existence d'une déchirure ancienne : la petite lèvre gauche est détachée de son insertion sur presque toute sa hauteur; la désinsertion se produit au niveau de la fourchette et gagne la partie inférieure de la petite lèvre droite. L'anneau vulvaire est flottant dans toute sa moitié au devant du vagin et limite avec lui une brèche où l'on peut enfoncer trois doigts.

GROUPE III

Fausse routes juxta-hyménales.

1° Vers les grandes et les petites lèvres.

(NEUGEBAUER, Lésions traumatiques *sub coïtu* des organes sexuels de la femme. *Monat. für Gebur. und Gynäk.* t. IX.)

Jeune femme de 16 ans, rachitique, a eu, la nuit de ses nocés, de très fortes douleurs et a présenté une hémorragie abondante avec symptômes d'anémie aiguë.

A l'examen : hématome de la grande lèvre droite du volume du poing. Région vulvaire couverte de caillots. Déchirure de la grande lèvre droite de 4 centimètres de longueur avec hémorragie et hématome. A l'union de la grande lèvre et de la petite lèvre autre déchirure avec fausse route paravaginale se terminant par un cul-de-sac. L'hémorragie, malgré la suture, dura plus de douze heures.

Le troisième et le sixième jour l'hémorragie recommençait.

Hymen très étroit. Hypoplasie des organes génitaux. Tentatives de rapport très violentes de la part du mari.

2° Vers la fourchette vulvaire.

(GUILLAUME, Sur un cas curieux de plaie de la vulve, *Société anatomique de Paris*, 1920, XC.)

Il s'agit d'une blessée entrée dans le service de M. le Professeur Hartmann, à l'Hôtel-Dieu, pour une importante hémorragie génitale.

La blessée raconte que dix minutes après un coït brutal, elle a constaté une violente hémorragie. On constate que la vulve est couverte de sang coagulé; la blessée paraît en outre, fortement éprouvée par une perte abondante de sang. L'examen montre que le vagin est absolument libre de tout sang; l'examen, en position de spéculum, montre l'existence d'une petite plaie vulvaire située au voisinage de la fourchette et située latéralement entre deux caroncules myrtiliformes. Le voisinage de la plaie est ecchymotique sur une étendue de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le traitement fut le tamponnement intra et extravaginal.

GROUPE IV

(MASSATILITINOV, Le coït cause d'une déchirure du périnée, *Wracz*, 1885.)

Déchirures du périnée. — Dédoublement de la cloison recto-vaginale. — Déchirures postchirurgicales.

Chez une femme de 24 ans, après le premier rapport, M. trouva une déchirure sur la ligne médiane s'étendant en arrière à un 1/2 centimètre de l'anus et en avant jusqu'à la fosse naviculaire. Sa longueur atteint 3 centimètres et sa profondeur 1/2 centimètre. Anémie aiguë. L'hémorragie céda à la compression humide et froide. Le mari était ivre.

(MICHAJLOW, Un cas de gangrène des organes génitaux externes et de la vulve après le coït. *C. R. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, Kief, vol. VIII, 1895.)

Une jeune fille de 18 ans, déjà déflorée, va avec son ami au bain de vapeur. L'ami était ivre; le rapport a été extrêmement douloureux. M. examine la malade au bout de trois semaines : déchirure du périnée, gangrène de la vulve et des fesses, mise à nu des muscles profonds : sphincters de l'anus, ischiocaverneux, transverse du périnée, constricteurs, releveurs de l'anus.

Les plaies se comblèrent peu à peu et la guérison totale fut lentement obtenue.

2° *Dédoublement de la cloison recto-vaginale.*

(WITHAUER, Contribution à l'étude des plaies par coït.

Centr. f. Gynäk. t. XXX, 1910.)

Une jeune femme de 24 ans, grande et forte, est amenée à l'hôpital avec diagnostic : avortement. La veille pendant le coït, pratiqué debout, douleur très violente et hémorragie abondante.

A l'examen, hymen presque complètement fermé, petite ouverture ne laissant passer qu'une sonde étroite. A droite et en arrière de l'hymen, blessure large de 2 cm. 5.

Fermeture partielle de la plaie, tamponnement. Guérison en huit jours.

W. prit soin d'agrandir l'orifice hyménal, qui ne lui parut pas spécialement dur.

3° *Déchirure postchirurgicale.* . . .

(SPAETH, Contribution aux traumatismes dus au coït,

J. d'Acc. et Gyn., t. XIX.)

Une femme de 28 ans, consécutivement à un accouchement, a eu une déchirure du périnée opérée et guérie. Vingt-cinq jours après l'opération, la malade retourne chez elle avec la recommandation d'attendre ses prochaines règles. Le mari couche avec sa femme le troisième jour. Aussitôt, hémorragie très abondante, qui est arrêtée momentanément par un tamponnement. S. vit la malade le lendemain : il constata la rupture périnéale et une déchirure de 3 centimètres de long se propageant sur la paroi postérieure du vagin. Hémorragie artérielle dans l'un des coins de la plaie. Anémie aiguë.

GROUPE V

(AIGRET, Traumatisme grave de la vulve et du vagin par coït.

Gynécologie, Paris, 1903, VIII.)

Déchirure du périnée. Fistule vulvo-rectale.

M^{me} L..., 22 ans.

On ne note rien dans les antécédents héréditaires.

L'interrogatoire de la malade est malaisé : elle présente une torpeur très marquée, répond difficilement et avec une fatigue visible.

Habituellement bien portante, elle s'est mariée il y a un mois.

Huit jours après son mariage, elle se sent mal à l'aise. Elle est prise de fatigue, de courbature générale avec frissonnements.

Rien n'a attiré l'attention du côté des organes génitaux. Les jours suivants, la fièvre apparaît, la malade se sent plus fatiguée et se trouve dans l'obligation de s'aliter.

Bientôt, elle ressent des douleurs très vives dans l'hypocondre droit : c'est d'abord une sensation de froid, puis des douleurs lancinantes qu'exaspèrent la toux et les mouvements de la malade. La diarrhée s'établit, assez abondante, jaune, fétide, très liquide. La malade se plaint de céphalalgie et surtout d'une insomnie tenace; elle n'a pas eu d'épistaxis.

Examinée pour la première fois, le 22 mai, jour de son entrée à l'hôpital, la malade présente un facies hagard : la peau du visage et des téguments est de couleur jaune sale, les yeux sont excavés, entourés d'un cercle noirâtre; les conjonctives sont subictériques, les lèvres et les dents fuligineuses, la langue rôtie, recouverte d'un enduit sale : l'appétit est nul, la soif vive, l'abdomen météorisé, douloureux à la pression. On recherche en vain la présence de taches rosées.

En explorant attentivement la région de l'hypocondre droit, on la trouve légèrement saillante, si douloureuse à la palpation que la malade, plongée dans sa torpeur, fait alors un effort énergique avec ses mains pour se soustraire à l'exploration.

A ce niveau, la peau est dure, tendue, la défense musculaire est vive. Dans la profondeur, nous croyons percevoir le foie, augmenté de volume, débordant les fausses côtes, mais à surface régulière.

La rate est notablement augmentée de volume. Dyspnée très marquée : 45 respirations par minute. Appareil pulmonaire : râles sous-crépitaux aux deux bases, ni toux, ni expectoration.

Pouls petit, rapide : 110 pulsations à la minute. Les bruits du cœur sont rapides, pas de bruits de souffle.

Les urines sont rares, très foncées, présentent quelques traces d'albumine et de pigments biliaires, décelés par la réaction de Gmelin.

La malade est dans un état de torpeur très marquée; elle prononce de temps à autre des paroles incohérentes. Il y a du machonnement, de la carphologie. La température est à 39°7. Nous avons à choisir entre plusieurs diagnostics : fièvre typhoïde ataxo-dynamique, endocardite maligne, phtisie aiguë. Nous nous arrêtons à celui de fièvre continue, et, en raison des symptômes cliniques de l'hypocondre droit, à une complication hépatique.

Traitement institué. — Bains frais à 25 degrés. Régime lacté.

Le lendemain 23 mai, la nuit a été mauvaise, la malade a eu un délire intense, la température est à 39°4, le pouls à 120, la respiration à 54.

De gros frissons secouent la patiente, qui claque des dents. A ce moment, le visage exprime une grande angoisse.

La région hépatique est très douloureuse : le moindre frôlement de la peau fait contracter les muscles de la face. En présence de ces grands frissons, de la température à grandes oscillations, le diagnostic de dothiéntérie devient douteux : on pense à une infection purulente à localisation hépatique, dont le point de départ reste jusqu'alors inconnu.

Le 24 mai, l'état général est stationnaire. La température, qui était à 41 degrés hier soir, est à 37°2 ce matin; les frissons sont répétés; le délire a duré toute la nuit.

Le 25 mai, séro-diagnostic négatif.

En prenant la température vaginale, on voit sourdre une petite

quantité de pus mêlé à de la sérosité sanguinolente. Ce pus répand une odeur très fétide : il renferme du colibacille à l'état de pureté.

On fait alors l'examen des organes génitaux : Le toucher vaginal se fait facilement, mais, malgré toutes les recherches possibles, on n'arrive pas à sentir le col de l'utérus. Une masse assez volumineuse occupe une grande partie du petit bassin : c'est la vessie remplie d'urine, comme le prouve le cathétérisme. Les sensations sont vagues, imprécises : ce qui frappe, c'est l'état irrégulier et tomenteux des parois.

Sur la table de spéculum, on constate que l'entrée du vagin est fermée par un hymen annulaire, épais, adhérent dans la moitié supérieure de l'orifice vulvaire, vers laquelle il est attiré, décollé sur la demi-circonférence inférieure et se prolongeant sans solution de continuité avec la paroi vaginale postérieure.

Il s'agit d'un dédoublement de la cloison recto-vaginale, avec formation d'une cavité artificielle, intermédiaire au vagin indemne, en avant, et au rectum, en arrière.

Le doigt pénètre dans cette cavité profondément et reconnaît des parois irrégulières; on voit s'écouler du pus mêlé d'un peu de sang.

Si nous nous rappelons que la malade est mariée depuis un mois seulement, on conçoit que la cavité artificielle a dû être le résultat de coïts répétés; que sa formation a dû être facilitée par l'inclinaison anormale en bas et en arrière de l'hymen, associée à une inclinaison en sens contraire de la fosse naviculaire assez profonde, que les efforts répétés de coït ont de plus en plus déprimée jusqu'à la production d'une véritable cavité par dédoublement de la paroi recto-vaginale.

Nous nous sommes expliqué à ce moment pourquoi nos sensations étaient si peu précises au cours de notre premier examen : le doigt explorateur n'était pas dans le vagin, mais dans cette cavité de nouvelle formation.

La malade, transportée dans son lit, est morte deux heures après.

Autopsie. — Les anses intestinales sont légèrement agglutinées; leur surface présente de nombreuses arborisations vasculaires. On

trouve un peu de sérosité citrine dans le Douglas et quelques adhérences très lâches.

Le foie pèse 1.900 grammes : sa surface est lisse, de couleur violacée. Sa coupe, molle, laisse s'écouler une certaine quantité de pus bien lié, jaunâtre. Celui-ci s'écoule d'un grand nombre de cavités, de volume variant d'un petit pois à celui d'une noix. Le foie est transformé dans sa totalité en une éponge purulente. La vésicule biliaire est entourée de quelques fausses membranes lâches.

Les ganglions mésentériques sont volumineux.

L'intestin ne présente aucune trace d'ulcérations.

La rate est volumineuse, diffluite.

Cœur, appareil respiratoire, reins, ne présentent rien de particulier.

Examen de la pièce. — La vulve est étroite, les petites lèvres sont peu développées. La demi-circonférence supérieure de l'orifice vulvaire ne présente aucune lésion : elle est fermée par l'hymen annulaire dont l'orifice central peut admettre l'extrémité de l'index. La demi-circonférence inférieure présente un orifice semi-lunaire, limité en arrière par le périnée et la paroi rectale, en avant, par la partie inférieure de l'hymen, qui se continue avec la paroi vaginale proprement dite.

Les bords de cet orifice sont légèrement déchiquetés (le décollement de la paroi commence à l'union de la peau du périnée et de la muqueuse vaginale) : on a un croissant à concavité supérieure, dont la branche droite la plus étendue remonte au niveau de la mi-hauteur de la vulve.

Le décollement se poursuit jusqu'à 1 centimètre environ du Douglas. A ce niveau, les parois sont très tomenteuses, le doigt ramène quelques petits caillots. Il semble qu'il y ait une dépression vers le rectum.

L'ouverture du rectum montre, en effet, à 8 centimètres de l'anus, une déchirure de la largeur d'une pièce de 50 centimes, à bords déchiquetés, formant rosace, et qui, rapprochés, ferment en partie l'orifice.

Un peu au-dessus, à 1 centimètre environ vers la paroi posté-

rieure, on trouve une cavité de la grosseur d'une noix remplie de liquide séro-purulent.

La marche des accidents qui ont amené la mort de cette malade est dès lors facile à saisir : il s'est fait une infection de la nouvelle cavité, infection qui a gagné les veines hémorroïdales, s'est généralisée et a détruit dans sa presque totalité le foie, d'où rapidement mauvais état général, température à grandes oscillations, délire intense, torpeur, etc.

GROUPE VI

(TARDIEU : Attentats aux mœurs. Paris, 1878.)

Plaies consécutives à des viols.

OBS. III. — Viol et assassinat. Une petite fille de 7 ans $1/2$ a été violée. A l'examen du cadavre : les organes sexuels sont déchirés, la vulve béante, l'hymen rompu, le périnée détruit, les insertions du vagin déchirées.

OBS. XVIII. — Une petite fille de 11 ans a été violée par un homme de 35; l'hymen et la fosse naviculaire sont détruits, le vestibule complètement désinséré. La perte de sang est évaluée à 2 litres.

CONCLUSIONS

I. — Les plaies traumatiques de la vulve présentent une symptomatologie à grand fracas, une physionomie clinique souvent dramatique à laquelle correspondent le plus souvent des lésions cependant assez peu étendues et facilement repérables.

II. — Leur diagnostic est facile, et leur pronostic bénin dans la majorité des cas.

III. — L'infection des plaies de la vulve est d'autant plus redoutable qu'elle s'établit insidieusement, qu'elle se développe beaucoup au point d'envahir l'organisme et de donner lieu à une véritable infection générale de la plus haute gravité.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGRET. — *Gynécologie*, Paris, 1903, t. VIII, p. 328.
- BARTON-HIRST. — *Centralblatt f. Gynak.*, 188 t.
- BUDIN. — *Journ. des sages-femmes*, Paris, 1905, XXXIII, p. 249, 257, 265.
- CASTEX et A. V. DI CIO. — *Prensa med. argenta*, June 30, 29.
- CHADWICK. — *The Boston Med. Journ.*, 1885, 30 avril.
- CHALEIW. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, t. XXVI, 1896, p. 95.
- CHIARI et HABIT. — *Mn Wochenblatt*, 1857, 42.
- DESCOMPS. — Des tumeurs sanguines, vulvaires et périvaginales, en dehors de la grossesse et de l'accouchement. Thèse Paris, 1871.
- EKLUND. — *Lyon médical*, 16 sept. 1891.
- GUILLAUME. — *Soc. anat. de Paris*, 1910, XC, p. 642.
- GUYOT et MAHON. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 juin 1930.
- HOLIDAY CROOM. — *Union médicale*, 23 mai 1888.
- HAMMOND. — Injuries to vulva and vagina, non obstetrical. *New York Med. Journ.*, 1906, LXXXIII, 652.
- JEANNIN. — *Bull. Soc. d'obst.*, Paris, 1910, XIII, p. 29.
- KERNER. — *Wien. med.*, 1905.
- KRUSEN. — *Am. Journ. Surg. et gyn.*, Saint-Louis, 1904-1906, XVIII, p. 62.
- LEBAR et AIGRET. — *Soc. anat. Paris*, 1903, p. 626.
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*.
- LWOW. — *Nouv. arch. d'Obst. et Gyn.*, 1894, t. IX.
- MASSALITINOFF-WRATSCH, 1885, 13.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, t. II, p. 1329.
- RACIALLI. — *Riv. d'ostet. e ginec. prat.*, Palermo, 1921, III, p. 221.
- REVERDIN. — *Arch. de tocologie*, 1893, p. 691.

- ROMAIN. — Des contusions et plaies contuses de la vulve; indications qu'elles présentent. Thèse Paris. 1872.
- ROSANOV. — *Rev. méd.*, 1886, t. XXV, p. 921.
- SÉJOURNET. — *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, p. 318.
— *Bull. soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1920, IX, p. 94.
- TESTUT. — Anatomie descriptive, t. IV.
- TUFFIER et LÉVI. — *Sem. méd.*, 1893, p. 277.
- WACHTAL. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1928, p. 3019.
- ZEISS. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1883, VIII.

